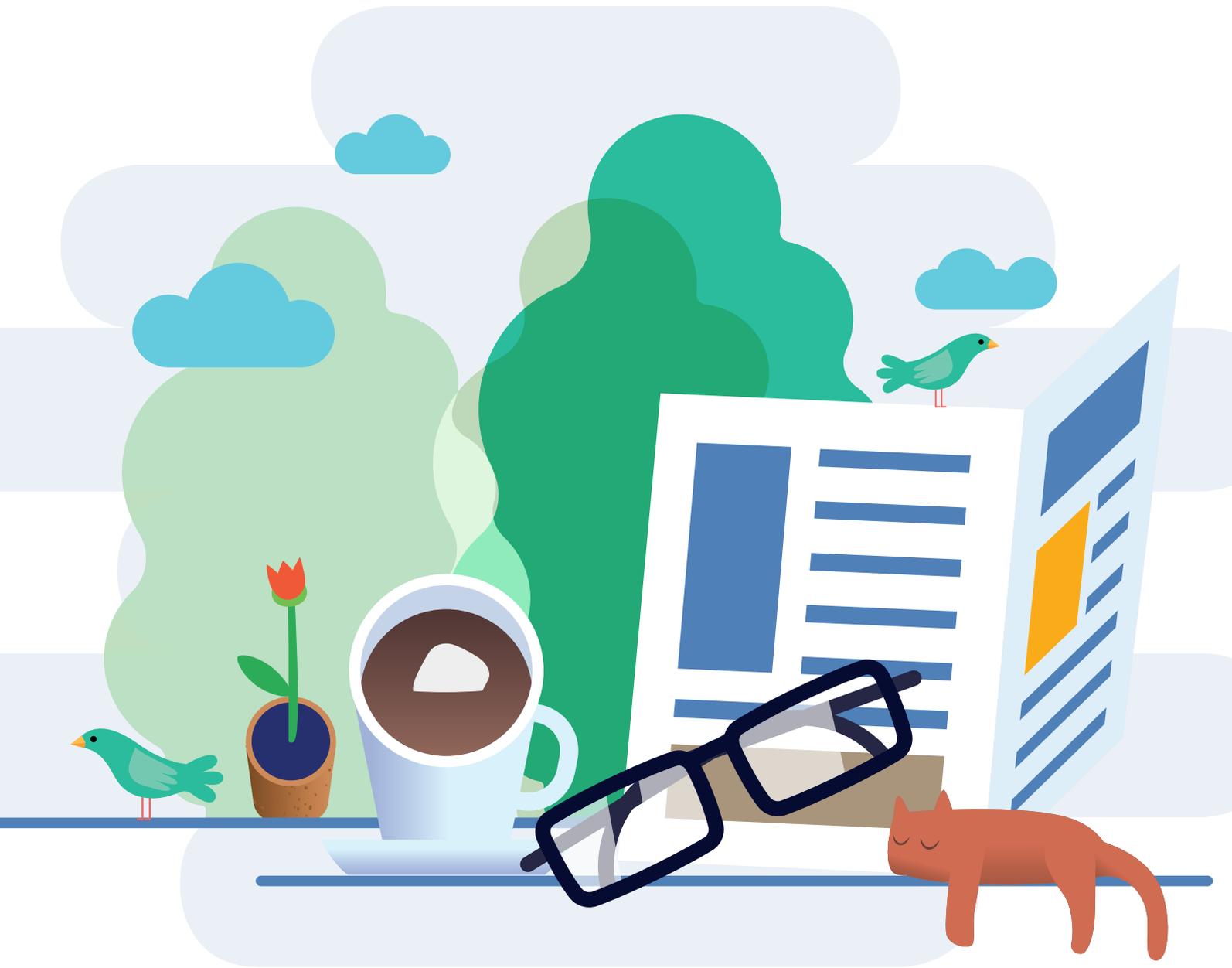


AUTO-QUESTIONNAIRE

Maintien de l'Autonomie



CAPACITÉS PHYSIQUES

Merci de cocher une seule case par question.

QUESTIONS	RÉPONSES
Avez-vous des difficultés à marcher 400 mètres (environ un tour d'un terrain de foot ou 2-3 bâtiments) ?	<input type="radio"/> 0 - Peu ou pas de difficultés <input type="radio"/> 1 - Beaucoup de difficultés ou incapacité
Avez-vous des difficultés à monter un escalier (environ 10 marches) ?	<input type="radio"/> 0 - Peu ou pas de difficultés <input type="radio"/> 1 - Beaucoup de difficultés ou incapacité
Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4,5 kg involontairement ?	<input type="radio"/> 0 - Non <input type="radio"/> 1 - Oui
La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti les états suivants : « Tout ce que je faisais me demandait un effort » ou « Je ne pouvais pas aller de l'avant » ?	<input type="radio"/> 0 - Rarement ou parfois (moins de 2 fois par semaine) <input type="radio"/> 1 - Souvent ou la plupart du temps (plus de 3 fois par semaine)
Quel est votre niveau actuel d'activité physique ?	<input type="radio"/> 0 - Activité physique régulière (au moins 2-4 heures par semaine) <input type="radio"/> 1 - Aucune activité physique ou rarement (quelques promenades ou sorties pour aller faire des courses)

SCORE*



PLAINTÉ MÉMOIRE

Vous plaignez-vous de votre mémoire ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
SI OUI :		
En avez-vous parlé à votre médecin traitant ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Depuis quand vous plaignez-vous de la mémoire ?	<input type="radio"/> 5 ans et plus	<input type="radio"/> moins de 5 ans
Est-ce que votre entourage s'en est rendu compte ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

*SI SCORE \geq 1 ET/OU SI PLAINTÉ DE MÉMOIRE, VOUS ÊTES PEUT-ÊTRE FRAGILE. PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN TRAITANT.

Acceptez-vous que vos réponses soient transmises au GÉrontopôle? Oui Non

Acceptez-vous que le GÉrontopôle vous envoie des informations sur le « bien vieillir » ? Oui Non



Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Homme Femme

Votre n° de téléphone : _____

Votre adresse mail : _____

Confirmer votre adresse mail : _____

Adresse postale : _____

Nom de votre médecin traitant : _____

MERCI

DE BIEN VOULOIR
REMPLEIR CETTE PARTIE